LA

MATURATION ARTIFICIELLE

DE

LA CATARACTE

PAR

VIRGILE CAUDRON

Chef de clinique, Secrétaire de la Rédaction de la *Revue d'ophtalmologie*.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

—

1883

LA
MATURATION ARTIFICIELLE
DE
LA CATARACTE

Par **VIRGILE CAUDRON**.

(Extrait de la *Revue générale d'ophtalmologie*.)

Il n'est pas rare d'observer des cas où la cataracte mûri avec une lenteur désespérante pour la patience du malade qui désire recouvrer la vue ; il arrive un moment où le malade n'est plus en état de se servir de ses yeux, tandis que le médecin, par l'aspect particulier de ces cataractes et par l'observation de la marche antérieure de la maladie, est en droit de conclure que la maturité complète se fera attendre des années encore. D'autre part, on hésite toujours à opérer une cataracte qui n'est pas mûre, de crainte de laisser dans l'œil la partie encore transparente du cristallin dont le gonflement consécutif peut amener des complications sérieuses pendant la période de guérison qui suit l'opération. Quant à l'expulsion de ces parties transparentes, elle n'est pas facile, quel que soit l'éclairage dont on dispose pendant cette période de l'opération, car elles sont souvent fortement adhérentes à la capsule, et dans ces cas, aucune manœuvre prudente ne peut les en détacher. M. *de Wecker* affirme, il est vrai (*Annales d'oculistique*, p. 215, novembre-décembre 1882), « qu'en faisant de larges sections à lambeau sans trop ménager l'excision de l'iris, les cataractes les plus incomplètes sortent facilement et donnent un résultat parfait pour la vision ». Mais nous nous permettrons de faire observer que ni les grandes incisions, ni les iridectomies larges ne sont choses favorables.

Encore aujourd'hui, et malgré les récents travaux de

MM. *Galezowski* et *Chavernac* (*Recueil d'ophtalm.*, p. 65, février 1883, et *Annales d'oculistique*, p. 43, janvier-février 1883), les grandes incisions à lambeau peuvent être considérées comme laissant un aléa plus considérable que l'extraction linéaire avec iridectomie. D'autre part, l'excision d'une partie du diaphragme irien présente d'autant moins d'inconvénients que le colobome artificiel est plus étroit. Nous avons pu nous en convaincre chaque jour pendant ces dernières années en voyant M. *Meyer* réduire l'iridectomie dans l'extraction linéaire à son minimum, et obtenir ainsi des résultats optiques excellents.

Il est donc avantageux de pratiquer l'extraction de la cataracte seulement lorsque toutes ses parties sont autant que possible opacifiées. Dans les cas où la marche naturelle de l'affection ne produit pas ce résultat, il est important de posséder un moyen de maturation artificielle efficace et inoffensif.

En 1859, *de Græfe* et *Mannhardt* (*Archiv f. ophtalmologie*, X, II, p. 209 et 408) proposèrent d'amener rapidement l'opacification des parties cristalliniennes restées transparentes, en y introduisant une aiguille à discission. Mais cette opération est très délicate. Elle expose, si la capsule est trop largement ouverte, à voir survenir un gonflement rapide de la corticale et aux dangers sérieux qui en résultent pour l'œil. Elle n'entra pas dans la pratique, ou, du moins, son application ne fut pas généralisée.

Des années s'étaient écoulées sans que cette question fût reprise et jugée, lorsqu'en 1881, au congrès de Heidelberg, M. le professeur *Förster* fit une communication verbale sur la maturation artificielle de la cataracte. Un an plus tard, en 1882, dans les *Archives de Knapp* (vol. XII, 1, 1882), il publiait le résultat de ses observations.

Förster pratique la maturation de la façon suivante : Il fait une iridectomie. L'humeur aqueuse écoulée, la face antérieure de la capsule se met en contact avec la face postérieure de la cornée. A l'aide de la portion convexe et bien mousse d'un crochet à strabisme, il malaxe à travers la cornée les masses corticales avoisinant la capsule. Il fait cette trituration en exerçant des pressions méthodiques du centre de la cornée vers la périphérie.

La difficulté opératoire réside dans l'emploi du plus ou moins de force avec l'instrument qui sert à la trituration. Peu de jours après, et même, dans certains cas, le lendemain, on voit les masses corticales restées transparentes se troubler. Au bout de cinq à six jours, le fond de l'œil n'est plus éclairable, et l'iris ne projette plus d'ombre sur la périphérie du cristallin. Dans la pluralité des cas, on peut faire l'extraction quatre à huit semaines après la trituration. M. *Förster* a pratiqué cette opération plusieurs centaines de fois et obtenu

les meilleurs résultats. Sa méthode lui paraît absolument inoffensive si elle est bien appliquée. Parmi les cataractes non arrivées à maturité, celles qui renferment un noyau jaune clair ou blanc de petit volume, enveloppé d'une zone corticale semi-transparente (cataracte nucléolaire de *Becker*), puis celles dont les secteurs à reflet franchement nacré alternent avec des secteurs d'aspect grumeux dépourvus d'éclat, lui paraissent favorables pour la maturation. Il écarte les cataractes d'origine choroïdienne.

Les résultats, obtenus et publiés par *Förster*, étaient des plus encourageants. Aussi, au mois de décembre dernier, M. *Meyer* se crut-il autorisé à appliquer la maturation artificielle chez une malade en observation depuis longtemps, et chez laquelle nous avions pu constater la presence de deux cataractes absolument stationnaires, mais assez avancées pour l'empêcher de se conduire.

Obs. I. — Mme Tir..., qui fait le sujet de notre première observation, pouvait à peine compter les doigts à soixante centimètres avec la dilatation ordinaire de la pupille. L'opacité du cristallin était nucléaire.

A l'éclairage oblique, on reconnaissait par là largeur de l'ombre que le bord de l'iris projetait sur la cataracte qu'il existait encore une couche assez épaisse de corticale transparente entre la capsule et le noyau. A l'aide de l'ophtalmoscope, on pouvait s'assurer également de la transparence des couches périphériques du cristallin qui permettaient d'éclairer et de distinguer le fond de l'œil.

La cataracte de l'œil droit étant la plus avancée, M. Meyer pratique sur cet œil, le 8 décembre, une petite iridectomie à la partie supérieure de l'œil, et, l'humeur aqueuse écoulée, triture le cristallin à travers la cornée, à l'aide d'un crochet à strabisme bien arrondi. Dès le lendemain, les couches cristalliniennes les plus superficielles, jusque-là transparentes, commencent à s'opacifier. Le travail continue les jours suivants sans réaction inflammatoire et sans douleur. La seule sensation accusée par la malade est celle-ci : il lui semble que l'œil est plus rempli. L'iris est un peu refoulé en avant.

Trois jours plus tard, de l'œil droit, la malade peut à peine distinguer les mouvements de la main. Il n'est plus possible d'éclairer le fond de l'œil.

Le 26 février, extraction de la cataracte de l'œil droit. Cette opération présente dans ce cas particulier quelques difficultés. La malade avait été très myope, l'œil est à fleur de tête, la tension exagérée, la malade nerveuse. M. Meyer n'emploie pas le blépharostat. Les paupières sont maintenues ouvertes par l'assistant; la pince à fixation n'est employée que pendant la section cornéenne. La capsule à peine entamée par le cystitome, il s'écoule une matière corticale à peu près

liquide, et un effort brusque de la malade chasse au dehors un noyau cristallinien cataracté, de volume moyen. Le premier pansement, composé d'une rondelle de lin boraté et de charpie étagée avec grand soin pour maintenir l'œil fermé sans le comprimer, est laissé en place trois jours. A cette date, nous trouvons la plaie fermée, la chambre antérieure rétablie. Aucune réaction inflammatoire. Instillations d'atropine. Même pansement. Dès le lendemain, la pupille est dilatée. Depuis, la guérison suit son cours normal. L'examen méthodique de la vision, pratiqué quinze jours après l'extraction, permet de constater une force visuelle égale à 1/3 de l'acuité visuelle normale.

Obs. II. — Mme Tour..., âgée de 61 ans, se présente à la clinique du Dr Meyer le 28 janvier 1882, avec une atrophie du globe oculaire droit survenue à la suite d'une opération de cataracte, et une cataracte de l'œil gauche assez avancée pour empêcher la malade de se conduire. L'état de cet œil étant stationnaire depuis longtemps, la malade insiste pour une intervention immédiate. Cette pauvre femme ayant déjà perdu un œil, M. Meyer lui propose de l'opérer en deux fois, c'est-à-dire de pratiquer tout d'abord une simple iridectomie, puis à un mois de distance l'extraction. Il considère cette pratique comme une garantie de plus pour le succès opératoire. Dans ce cas particulier, cette façon d'agir aura l'avantage de permettre en même temps la maturation artificielle. L'iridectomie et la trituration du cristallin sont faites le 29 janvier. Avant l'opération, la malade pouvait encore compter les doigts à 1^{m}, 50. Quatre jours plus tard, elle distinguait seulement les mouvements de la main. Le 23 février, extraction de la cataracte. Aussitôt après la section de la cornée, laquelle a été pratiquée normalement , nous constatons une légère luxation du cristallin en dedans, dont nous ne pouvons affirmer l'origine d'une façon certaine. Nous ne croyons, cependant, pas qu'elle ait été produite par l'incision cornéenne. D'autre part, elle n'est devenue visible qu'après ce temps d'opération. L'opérateur aurait certainement tenté l'extraction dans la capsule si l'œil opéré n'avait été la dernière ressource de la malade pour récupérer la vue. Aussi il ne pouvait l'exposer à une perte d'humeur vitrée.

M. Meyer expulse la cataracte par pression du doigt sur la cornée de bas en haut à travers la paupière inférieure. La guérison est absolument normale et rapide. Moins de dix jours après l'opération, la malade possède un quart de la force visuelle normale.

Obs. III. — M. Court... est un homme jeune encore (45 ans) qui présente aux deux yeux des cataractes molles. De l'œil droit, il compte les doigts à 1 mètre. De l'œil gauche, il voit les mouvements de la main à 0^{m},20. La cataracte de

l'œil gauche est donc plus complète, et cet œil serait naturellement désigné pour l'opération si le malade n'était affecté d'un reste d'hémiplégie gauche, avec paralysie encore complète de la troisième paire et ptosis du même côté. A droite, toutes les couches périphériques du cristallin sont encore transparentes. Aussi M. Meyer conseille-t-il au malade une maturation artificielle. L'iridectomie et la maturation sont faites le 16 janvier, l'effet produit est très satisfaisant : au bout de huit jours, la corticale s'est opacifiée et la force visuelle s'est réduite. Le malade ne distingue plus que les mouvements de la main.

Le 28 février, extraction de la cataracte. La corticale est abondante, le noyau petit. La docilité du malade permet de nettoyer complètement le champ pupillaire. La cicatrisation s'opère sans incidents. Dix-sept jours après l'opération, la force visuelle de l'œil droit est égale à un quart de la force visuelle normale.

Obs. IV. — Mme Bert... est affectée de cataractes dont le début remonte à six années. Nous l'avons revue à intervalles à peu près réguliers depuis cette époque. Depuis le mois de mai 1881, l'œil droit, à l'aide duquel la malade peut à peine compter les doigts à $0^m,75$, reste stationnaire. La vision de l'œil gauche égale encore un tiers de la normale. A l'éclairage oblique et à l'aide du miroir ophtalmoscopique, on peut constater la transparence des couches superficielles du cristallin de l'œil droit. Quoiqu'elle puisse se servir encore utilement de l'autre œil, la malade désire être opérée. Les yeux sont myopes, proéminents, à tension au-dessus de la normale. C'est un cas où il est avantageux d'opérer en deux fois. M. Meyer propose une iridectomie avec maturation artificielle, laquelle est acceptée et pratiquée le 22 janvier 1883. La malade est très nerveuse et indocile. Néanmoins, l'opération ne présente pas d'incidents. Au bout de six jours, l'effet de la maturation est très accusé, la force visuelle réduite à la perception confuse de la main. Guérison, d'ailleurs, normale. Le 26 février, extraction de la cataracte sans écarteur des paupières et avec fixation seulement pendant la section de la cornée. Aussitôt après l'ouverture de la capsule, il s'échappe immédiatement une corticale liquide suivie d'un petit noyau que la malade chasse très brusquement au dehors par ses contractions intempestives. Il a fallu renoncer à expulser la corticale restée encapsulée, la malade étant d'une indocilité rare. Même pansement et mêmes soins consécutifs que dans les cas précédents. Guérison régulière. Résultat optique retardé par la faute des matières corticales. Le 1er mai, l'acuité visuelle de l'œil opéré est égal à un tiers de la force visuelle normale.

Obs. V. — Mme Gr..., âgée de 70 ans, a été opérée de

cataracte sénile de l'œil droit, le 12 avril 1883. Cette malade, affectée d'un épiphora de l'œil droit, a subi, avant l'opération, un traitement régulier contre cette complication.

Au moment de l'extraction de la cataracte, les voies lacrymales ont repris, en apparence, leur fonctionnement normal. L'opération a été des plus normales. Le premier pansement est resté trois jours en place sans provoquer de douleurs. Le troisième jour, nous découvrons l'œil et observons une infiltration des bords de la plaie tout à fait limitée. La chambre antérieure est rétablie ; l'iris présente une couleur terne de mauvais augure.

Traitement. — Calomel à doses fractionnées, inonctions mercurielles, bandeau compressif.

Les jours suivants, l'infiltration de la cornée reste stationnaire, mais l'iris se prend de plus en plus. La réaction inflammatoire est insignifiante, un peu d'injection périkeratique sans chémosis ni sécrétions. La pupille s'obstrue par les produits plastiques qui viennent de l'iris enflammé ; mais la cornée conserve sa transparence, et, sous l'influence des frictions mercurielles, au bout d'un mois, nous arrivons à la disparition de tous les accidents inflammatoires. La cornée ne montre plus trace de l'infiltration, l'iris a son aspect normal, la pupille est remplie par une cataracte secondaire, opérable seulement à une date éloignée.

La malade présente à l'œil gauche une cataracte non encore à maturité. Les couches superficielles du cristallin ne sont pas encore opacifiées ; l'iris projette son ombre sur elles, et la lumière projetée par le miroir les traverse facilement. La malade compte encore les doigts de la main à 1ᵐ,50. Comme il ne serait pas sage, avant plusieurs mois, de pratiquer une brèche dans la cataracte secondaire de l'œil droit, et que la malade, domiciliée loin de Paris, ne voit plus assez de l'œil gauche pour se conduire utilement, M. Meyer n'hésite pas à pratiquer la maturation artificielle à l'œil gauche. L'iridectomie et la maturation sont faites le 8 mai. Guérison de l'iridectomie au bout de vingt-quatre heures. L'effet de la maturation est peu prononcé les premiers jours ; le cinquième jour, la pupille dilatée permet à l'éclairage oblique de constater un mouvement d'opacification dans les couches superficielles du cristallin, mouvement assez prononcé les jours suivants, pour qu'à la fin de la deuxième semaine, toute la partie du cristallin accessible à l'examen paraisse prise. Extraction de la cataracte maturée à la date du 21 mai. L'évacuation du noyau et de la corticale molle se font facilement ; la guérison s'opère sans encombre.

A la date d'aujourd'hui (2 juin), la malade, de l'œil sur lequel on a pratiqué la maturation, possède deux tiers de la force visuelle normale.

Obs. VI. — J..., Louis, âgé de 62 ans, vient à la clinique du Dr Meyer depuis deux ans, avec des opacités cristalliniennes des deux yeux, lesquelles sont actuellement assez prononcées, pour que le malade se conduise très difficilement. Ces cataractes sont, d'ailleurs, stationnaires, ou à peu près, depuis plus de 18 mois. Elles permettent à peine de compter les doigts de la main à 1m,20.

L'éclairage oblique révèle que le noyau du cristallin seul est opacifié. On peut, avec le miroir, éclairer le fond de l'œil, et, à travers la périphérie du cristallin restée transparente distinguer la papille du nerf optique. La prolongation du *statu quo* étant des plus pénibles pour le malade, M. Meyer lui propose la maturation artificielle. Il pratique, à l'œil gauche, le 9 mai, une petite iridectomie et exécute un massage prolongé de la cataracte. L'effet à produire étant considérable, la trituration a été faite plus énergiquement et surtout plus longuement que dans les cas cités précédemment. Pas de réaction inflammatoire. Dès le lendemain, la plaie est fermée, la chambre antérieure rétablie, l'iris normal. Nous instillons de l'atropine et dilatons largement la pupille pour suivre l'effet de la trituration. Rien pendant les trois premiers jours. Le 4e jour, une partie de la corticale restée transparente s'opacifie au bord supérieur du cristallin, mais sur un point très limité. Du reste, la force visuelle du malade est restée la même et le fond de l'œil est toujours éclairable. Le malade quitte la clinique le 20 mai.

Douze jours plus tard, il revient à la consultation et nous constatons alors l'opacification complète de toutes les parties du cristallin accessibles à l'examen après dilatation de la pupille. Les couches périphériques, restées jusqu'alors transparentes, ne laissent plus pénétrer trace de lumière; à la lumière réfléchie, elles apparaissent dans une nuance bleu grisâtre, sans dessin précis, comme une matière amorphe et facile à distinguer des opacités qui ne sont pas le produit de la trituration. Cet œil ne distingue plus que les mouvements de la main.

L'extraction de la cataracte de l'œil gauche est pratiquée le 7 juin. L'opération est normale. La docilité du malade aidant, toute la corticale est expulsée sans difficulté.

La guérison est normale et à la date d'aujourd'hui (22 juin), l'œil opéré possède déjà 1/2 de l'acuité visuelle normale.

Voici, donc, une série de six maturations (les seules qui aient été pratiquées à la clinique de M. Meyer) dont aucune n'a donné lieu à des accidents inflammatoires, si faibles qu'ils soient.

Chez tous les malades, l'extraction du cristallin trituré a été faite avec facilité, la guérison de l'opération a été normale et rapide. L'acuité visuelle est satisfaisante. Le procédé de M. För-

ster nous paraît appelé à rendre de grands services dans les cas de cataractes qui ne mûrissent pas ou mûrissent si lentement que les malades sont, pendant un temps très long, empêchés de se servir de leurs yeux. La méthode est, d'ailleurs, applicable, quel que soit le procédé d'extraction auquel nous voulons avoir recours par la suite. L'évacuation de l'humeur aqueuse, nécessaire pour permettre au cristallin de venir s'appliquer contre la cornée et en rendre la trituration possible, peut se faire par une simple paracentèse. Si, dans les observations que nous publions, l'iridectomie a été pratiquée, c'est qu'elle fait partie intégrante de l'opération de la cataracte par le procédé de Græfe que M. Meyer emploie de préférence. Si l'on fait l'extraction linéaire, l'iridectomie pratiquée au moment de la trituration devient un avantage. Dans l'opération de la cataracte ainsi divisée en deux temps, la plupart des incidents opératoires sont écartés, l'opération définitive abrégée et simplifiée. Plus d'hémorragie irienne venant entraver la déchirure de la capsule, chances moindres d'iritis, facilité plus grande pour évacuer la corticale, partant guérison plus sûre et plus rapide.

Si cette division de l'opération n'est pas applicable à tous les cas, surtout en raison de la difficulté d'en faire comprendre les avantages aux cataractés, au moins pensons-nous qu'on devrait l'employer chez les malades qui ont déjà perdu un œil.

Paris. — Société d'imprimerie Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl. 190.7.83.